

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS  
PACIENTES CON ATONÍA UTERINA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APOYO SULLANA  
II-2 DURANTE LOS AÑOS 2013 - 2014.

PIURA – PERÚ

2015

7360  
SILVA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



TESIS  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS  
PACIENTES CON ATONÍA UTERINA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APOYO SULLANA  
II-2 DURANTE LOS AÑOS 2013 - 2014.

AUTOR:  
SILVA VILCHEZ EDWIN

PIURA – PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS  
PACIENTES CON ATONÍA UTERINA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APOYO SULLANA  
II-2 DURANTE LOS AÑOS 2013 - 2014.

AUTOR:

ASESOR:

---

SILVA VILCHEZ EDWIN

---

LUIS MANRIQUE NOLE

PIURA – PERÚ

2015

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



### PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS PACIENTES CON ATONÍA UTERINA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE APOYO SULLANA II-2 DURANTE LOS AÑOS 2013 - 2014.

**PRESIDENTE**

DR. LUIS RUEDA AVALOS  
SECRETARIO

**DR. JAVIER LAMADRID RAZURI**  
**VOCAL**

PIURA – PERÚ, 2015

## **DEDICATORIA**

*A Dios, quien ha sido el motor de mi existir y a quien  
le debo todo lo que tengo y todo lo que soy  
quien me dio las fuerzas cuando pensé que ya todo estaba perdido  
quien me demostró que soy el milagro más grande del mundo.*



*A mis padres, Mariano y Olga por su amor incondicional  
porquesiempre estuvieron conmigo en las buenas y malas  
dándome fuerzas y lecciones de vida.*

*A mis hermanos, Pedro, Jhonny y Nathaly  
quienes alegran mis días con sus ocurrencias  
y por ser mis amigos incondicionales.*

## **AGRADECIMIENTOS**



*A Dios nuestro Señor por cuidarme y guiarme y no solo a mi sino también a familia haciendo posible la realización de mi más grande meta y que mejor que poder compartir la inmensa alegría que siento por dentro con toda mi familia y amigos.*

*A mis padres: Mariano y Olga por darme la vida, criarme y haberme dado la oportunidad de seguir esta carrera, por guiarme y creer siempre en mí. Gracias por darme el aliento que necesitaba para no endirme a lo largo de este camino y sobre todo gracias por estar a mi lado.*

*A mis hermanos que con la llegada de Nathaly Geraldine me devolvió y acrecentó mis ganas salir adelante.*

*A todos mis amigos y amigas por esta siempre a mi lado en las buenas y en las malas.*

*A mi asesor Dr Luis Manrique Nole por guiarme en este último y gran paso para alcanzar esta meta, por darme su confianza y amistad no solo en este momento sino también durante mi Internado en Sullana.*

*Gracias por haberme ayudado a realizar mi sueño...*

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar las características clínico – epidemiológicas de las pacientes con atonía uterina atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital de apoyo Sullana II-2” durante los años 2013 - 2014.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, de corte transversal. La población estuvo constituida por todas las puérperas inmediatas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se encontraron un total de 61 casos de atonía uterina, de los cuales 2 casos fueron excluidos por falta de datos en la historia clínica. Se realizó el análisis de los datos obtenidos en Microsoft Excel 2013.

**Resultados:** La frecuencia de atonía uterina como causa de HPP fue de 67.82%. Las principales características clínico - epidemiológicas durante el estudio fueron: el grupo etario más frecuente fue entre los 18 y 34 años de edad con 62.71%, 45.76% presentaron un IMC entre 25 y 30 kg/m<sup>2</sup> y 44.07% mayor de 30 kg/m<sup>2</sup>, primigestas 44.07%, nulíparas 44.07%, gestación a término 79.66%, preeclampsia 35.59%, corioamnionitis 8.47%, embarazo gemelar 1.69%, placenta previa 5.08%, DPP 16.95%, polihidramnios 23.73%, no cesáreas anteriores 74.58%, anemia 20.33%, trabajo de parto prolongado 30.51%, macrosomía fetal 20.34%, parto por cesárea 71.19% y finalmente el 100% de las pacientes con atonía uterina se recuperaron y fueron dadas de alta.

**Conclusiones:** se encontró una tasa de incidencia de 7.72 casos por cada 1000 partos. Además un 67.82% de los casos de HPP fue causada por atonía uterina. Las características clínico – epidemiológicas más frecuentes fueron IMC elevado, primigestas, nulíparas, preeclampsia, polihidramnios, macrosomía fetal y vía de parto por cesárea.

**Palabras clave:** Hemorragia postparto, atonía uterina, características clínico – epidemiológicas.

## **INDICE**

<b>1. INTRODUCCION</b>	<b>01</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>07</b>
2.1. Objetivos Generales	07
2.2. Objetivos Específicos	07
<b>3. ASPECTO METODOLÓGICO</b>	<b>07</b>
3.1. Tipo de investigación	07
3.2. Definición de las poblaciones de estudio	08
3.2.1. Criterios de Inclusión	08
3.2.2. Criterios de Exclusión	08
3.3. Ubicación Témporo – Espacial	09
3.4. Diseño Estadístico	09
3.4.1. Universo	09
3.4.2. Población	09
3.4.3. Tamaño y Selección de la muestra	09
3.4.4. Métodos Estadísticos a usarse	10
3.5. Proceso de captación de la información	10
3.5.1. Instrumentos	10
3.5.2. Procedimientos	11
3.6. Aspectos Éticos	12
3.6.1. Propósito del proyecto	12



3.6.2. Procedimientos	12
3.6.3. Beneficios	12
3.6.4. Riesgos	12
3.6.5. Confidencialidad	13
3.6.6. Consentimiento	13
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>15</b>
<b>5. DISCUSIÓN</b>	<b>34</b>
<b>6. CONCLUSIONES</b>	<b>40</b>
<b>7. RECOMENDACIONES</b>	<b>42</b>
<b>8. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>44</b>
<b>9. ANEXOS</b>	<b>47</b>

## 1. INTRODUCCION

Como definición tenemos que Hemorragia Postparto (HPP) se define usualmente como el sangrado del tracto genital de 500 ml o más en las primeras 24 horas en un parto vaginal o de 1,000 ml en la cesárea. También se considera que cualquier pérdida hemática que cause alteración hemodinámica de la paciente debe ser considerada como hemorragia postparto. <sup>(11)</sup>

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología lo define como la disminución del hematocrito de por lo menos el 10% o una hemorragia que requiera transfusión de sangre. <sup>(12)</sup>

Cuando el sangrado ocurre en las primeras 24 horas se define como precoz y tardía cuando esta se presenta entre las 24 horas y seis semanas después del parto. <sup>(11)</sup>

### FACTORES PREDISPONENTES DE LA HEMORRAGIA POSPARTO

Ciertos factores aumentan la posibilidad de que se presente hemorragia excesiva después del parto. La mayor parte interfiere con el mecanismo normal de la hemorragia. <sup>(7)</sup>

**A) Sobredistensión uterina:** Si el útero esta sobredistendido por gemelos, feto grande, hidramnios o multiparidad, las fibras musculares se han estirado hasta un punto en que no son capaces de retraerse con la rapidez y contraerse con la firmeza suficiente para ocluir los vasos abiertos en forma rápida después del parto. <sup>(7)</sup>

**B) Trabajo de parto prolongado:** Por contracciones ineficaces de la tercera etapa del trabajo de parto. <sup>(7)</sup>

**C) Lesiones:** Puede haber una hemorragia importante a partir de laceraciones vaginales, rotura uterina, desgarros de cuello, o

incluso de episiotomía. Algunos autores afirman que la hemorragia promedio por episiotomía mediolateral es de casi 250 ml.<sup>(7)</sup>

### **Factores de riesgo.**

- Grandes multíparas.
- Sobre distensión uterina (embarazo múltiple, macrosomía fetal, polihidramnios).
- Uso de oxitocina durante el trabajo de parto.
- Antecedentes de hemorragia posparto.
- Operación cesárea u otras intervenciones uterinas anteriores.
- Anemia.
- Obesidad.
- Placenta previa y desprendimiento de la placenta normoinsera.
- Óbito fetal.
- Síndrome hipertensivo gestacional (Preeclampsia, eclampsia).
- Parto prolongado o precipitado.
- Trastornos de la coagulación.
- Anestesia general.
- Inversión uterina.
- Adolescentes y mayores de 35 años.<sup>(13)</sup>

### **FISIOPATOGENIA**

Al final de un embarazo a término, 500-800 ml de sangre afluyen a través del torrente sanguíneo al sitio placentario cada minuto. A medida que la placenta se separa del útero, estos vasos se rompen y ocurre el sangrado. Las contracciones continuadas y coordinadas del miometrio comprimen los vasos locales para controlar el sangrado en el lecho placentario y permiten la formación de un coágulo retro placentario. Cuando el útero falla en contraerse coordinadamente se dice que existe

atonía uterina; los vasos sanguíneos en el sitio placentario no se contraen y se produce la hemorragia. <sup>(13)</sup>

## CLASIFICACIÓN

La HPP puede ser primaria o secundaria:

- *Primaria o inmediata:* Pérdida hemática superior a 500 ml originada en el canal del parto dentro de las 24 posteriores al parto.<sup>(7)</sup>
- *Secundaria o tardía:* Sangrado anormal o excesivo originado en el canal del parto que tiene lugar entre las 24 horas posteriores al parto y al final del puerperio (12 semanas).<sup>(7)</sup>

### 1. Trastornos del alumbramiento:

- *Hipotonía y atonía uterina:* Se trata de un cuadro en el que el útero, luego de haber expulsado la placenta, no se retrae ni se contrae alterándose así la hemostasia. Es la causa más frecuente de hemorragia posparto. Debe sospecharse cuando se presenta sobre distensión uterina, trabajo de parto prolongado y gran multiparidad. Es la causa más común de Hemorragia posparto precoz en el 50% de los casos. <sup>(11,13)</sup>
- *Placenta retenida:* La placenta se encuentra adherida o bien encarcelada en el útero, por lo que no puede ser expulsada. La cavidad uterina así ocupada por la placenta, no logra contraerse eficazmente por lo que el sangrado continúa. La presencia de restos placentarios, cotiledones o fragmentos de membrana ovulares adheridos a la pared uterina son la causa más frecuente de hemorragia tardía. Estos son los responsables del 5-10% de los casos. <sup>(11,13)</sup>

## 2. Traumática:

- *Traumatismos genitales espontáneos o iatrogénicos:* Luego de un parto espontáneo o más frecuentemente instrumental (fórceps, espátulas) se pueden ocasionar lesiones de partes blandas maternas ya sea a nivel del útero (desgarros), cuello uterino o vagina, constituyéndose en causa de hemorragia posparto. Su diagnóstico se hace en el posparto inmediato, al realizar la revisión del canal del parto. La inversión uterina tiene una incidencia de 1 en 5000- 10000 partos. Corresponde a la invaginación del fondo y del cuerpo del útero dentro de la cavidad uterina. La hemorragia excesiva por episiotomía, laceraciones o ambas causan cerca del 20% de los casos de Hemorragia posparto. <sup>(11, 13)</sup>

## 3. Sistémicas:

- *Defectos de la coagulación.* Los defectos de la coagulación a pesar de que exhiben altas tasas de letalidad, son poco comunes; rara vez por sí solos causan hemorragia severa postparto. Pueden ser inducidos por la administración de fármacos o por el consumo de factores de coagulación. <sup>(11, 13,16)</sup>

## CUADRO CLINICO:

### Signos y síntomas:

Sangrado transvaginal de moderado a grave, rojo rutilante

Sangrado transvaginal a chorro, masivo, abundante

Signos y síntomas de alteraciones hemodinámicas: mareo, sudoración, náusea, taquicardia, hipotensión arterial. <sup>(7)</sup>

El signo más característico de la HPP, es la hemorragia vaginal: Sangrado vaginal que varía de moderado (500 ml) a grave (1000 ml); acompañado o no de alteraciones hemodinámicas. <sup>(7)</sup>

### **Medidas para controlar la Hemorragia**

El paso más importante para controlar la hemorragia posparto atónica es la compresión uterina bimanual inmediata, la cual puede continuarse durante 20 a 30 minutos o más. El reemplazo de líquidos debe iniciarse rápidamente. Se administrará sangre cuando se disponga de ella. El legrado debe posponerse, a menos que la hemorragia no pueda controlarse únicamente con la compresión y el masaje. Aunque alguna vez se utilizó el taponamiento uterino para el control de la hemorragia obstétrica, ya no se recomienda. <sup>(16)</sup>

Debe aplicarse una infusión de oxitocina de 20 a 40 unidades por litro o cristaloides a una velocidad de 10 a 15 mililitros por minuto. Dosis mayores pueden producir intoxicación hídrica y una respuesta hipotensora. La hemorragia persistente y la presencia de un útero firme y contraído, sugieren hemorragia de una laceración o una episiotomía. <sup>(16)</sup>

Si no hay respuesta clínica se utilizan los alcaloides derivados del cornezuelo de centeno (Metilergonovina 0.2 miligramos IM) pero se ha demostrado que no son más efectivos que la oxitocina, conllevan a un mayor riesgo de hipertensión, por lo que no deben utilizarse en pacientes hipertensas ni con enfermedades cardíacas. No debe ser utilizada por vía intravenosa, su mecanismo de acción consiste en producir contracción uterina tetánica, así como vasoconstricción de las arteriolas terminales que puede persistir por varias horas después de su administración (2 a 3 horas). Aunque se mantiene la aceptación de su uso, los derivados de prostaglandinas, relegaron estos preparados a un empleo menos frecuente. <sup>(16)</sup>

Si luego de las maniobras anteriores persiste el sangrado se indican las medidas quirúrgicas <sup>(16)</sup>:

1. Presión de oclusión de la aorta abdominal.
2. Ligadura de la arteria uterina.
3. Ligadura de la arteria iliaca interna: es el método quirúrgico que se utiliza con mayor frecuencia para controlar la hemorragia postparto grave.
4. Histerectomía.

*Reemplazo de sangre:* En pacientes con hemorragia severa se puede utilizar transfusión de paquetes globulares, plaquetas, plasma fresco congelado y crioprecipitado.

#### **Tratamiento de la Hemorragia postparto tardío:**

Casi siempre obedece a subinvolución del lecho placentario o retención de fragmentos de placenta. El ultrasonido transvaginal puede ayudar al diagnóstico de retención de restos placentarios, en el que está indicado el legrado. La administración de antibióticos de amplio espectro se debe iniciar. La oxitocina 10 unidades IM cada 4 horas o 10-20 unidades por litro en infusión IV o Metilergonovina 0.2 Mg vía oral cada 6 horas deben administrarse cuando menos por 48 horas. <sup>(15,16)</sup>

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General**

Identificar las características clínico – epidemiológicas de las pacientes con atonía uterina atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital de apoyo Sullana II-2” durante los años 2013 - 2014.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Identificar las características generales de las pacientes en estudio.
- Definir los factores asociados pre,intra y post parto que puedan conducir a atonía uterina.
- Determinar el tiempo de gestación, vía del parto y desenlace materno final de las pacientes en estudio.
- Determinar la incidencia de atonía uterina en pacientes con atonía uterina atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital de apoyo Sullana II-2” durante los años 2013 - 2014.

## **3. ASPECTO METODOLÓGICO**

### **3.1. Tipo de investigación**

- Por la manipulación de las variables: Descriptivo
- Por el periodo de captación de información: Retrospectivo
- Por la evolución del tema estudiado: Transversal
- Por la caracterización de eventos: Analítico



### 3.2. Definición de las poblaciones de estudio

#### 3.2.1. Criterios de Inclusión

- Todas las mujeres con puerperio inmediato complicado con hemorragia por atonía uterina atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de apoyo Sullana II-2 durante los años 2013 - 2014.
- Pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de apoyo Sullana II-2 durante los años 2013 – 2014, que cuenten con todos los datos solicitados para la realización del estudio.

#### 3.2.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes con embarazo no resueltoatendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de apoyo Sullana II-2 durante los años 2013 - 2014.
- Pacientes con puerperio inmediato normalatendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de apoyo Sullana II-2 durante los años 2013 - 2014.
- Pacientes con puerperio inmediato complicado por causa diferente a atonía uterinaatendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de apoyo Sullana II-2 durante los años 2013 - 2014.

- Pacientes que no cuenten con todos los datos solicitados atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de apoyo Sullana II-2 durante los años 2013 - 2014.

### 3.3. Ubicación Témporo – Espacial

El estudio se realizó en la provincia de Sullana, departamento de Piura; en el periodo comprendido entre los años 2013 - 2014.

### 3.4. Diseño Estadístico

#### 3.4.1. Universo

Todas las gestantes con partos atendidos en el Hospital de Apoyo II de Sullana en el periodo 2013 - 2014.

#### 3.4.2. Población

Todas las pacientes que presentaron hemorragia postparto inmediato en el Hospital de Apoyo II de Sullana en el periodo 2013 - 2014.

#### 3.4.3. Tamaño y Selección de la muestra

Para el presente estudio de investigación se realizó un muestreo no probabilístico donde se consideró al 100% de la población que presentaron atonía uterina postparto en el Hospital de Apoyo II de Sullana en el periodo 2013 - 2014. En total se obtuvieron 61 pacientes con atonía uterina de las cuales 02 fueron excluidas por tener historias clínicas incompletas.

#### 3.4.4. Métodos Estadísticos a usarse

El informe será presentado utilizando el software de Microsoft Office para Windows Versión 2013y se realizó la respectiva estadística descriptiva acompañada de sus tablas y gráficos.

### 3.5. Proceso de captación de la información

#### 3.5.1. Instrumentos

En el presente trabajo de investigación se recolectó los datos mediante la revisión de historias clínicas de todas las pacientes que terminaron en atonía uterina, del periodo 2013 - 2014. En la recolección de datos, se revisará:

1. Historias clínicas completas.
2. Programa SIP 2000 PERINATAL.

Los datos obtenidos se colocaron en una hoja de registro (Instrumento) validado por expertos, con los ítems necesarios para este proyecto para luego pasarlos a una base de datos en Excel, nuestra fuente de información, con lo cual trabajaremos.

Se realizaron métodos de estadística descriptiva, basados en tablas y cuadros estadísticos con frecuencias y porcentajes, además complementados con sus gráficos.

### 3.5.2. Procedimientos

- Se realizó el proyecto de investigación a través de la revisión de bibliografías relacionadas, y la correcta operacionalización de las variables para su posterior ejecución en el lugar sede de la investigación.
- Se solicitó autorización a la dirección del Hospital de Apoyo II - Sullana, para la respectiva revisión de los archivos (H.C. y el SIP), de las pacientes con atonía uterina en el periodo 2013 - 2014.
- Se validó el instrumento de recolección de datos por juicio de expertos, profesionales que asisten en el servicio de Ginecología - Obstetricia de la sede de investigación.
- Se procedió a la aplicación del instrumento y la respectiva recolección de los datos en un formato estadístico, en Excel.
- Se realizó la tabulación y procesamiento de la información para expresarlos en porcentajes mediante tablas y gráficos, obteniendo así nuestros resultados.
- Luego se compararon los resultados obtenidos en este trabajo con estudios similares, nacionales e internacionales y con eso se arribaron a las conclusiones y recomendaciones.
- Se redactó el informe del trabajo de investigación para su posterior presentación.

### 3.6. Aspectos Éticos

#### 3.6.1. Propósito del proyecto

Determinar las Características Clínico – Epidemiológicas de las pacientes con Atonía Uterina atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Apoyo Sullana II-2 durante los años 2013 - 2014.

#### 3.6.2. Procedimientos

Para la realización del presente estudio se recolecto la información necesaria mediante una ficha de recolección de datos, los mismos que serán obtenidos de los registros de las historias clínicas de los pacientes incluidos.

#### 3.6.3. Beneficios

Debido a que el Hospital de Apoyo Sullana II-2 recibe un gran afluente de pacientes con atonía uterina es importante identificar y conocer las características clínicas epidemiológicas de dicha población para la atención apropiada de esta patología.

#### 3.6.4. Riesgos

Por ser el presente estudio de carácter analítico, donde las variables de estudio no son manipuladas, y retrospectivo, no plantea riesgo alguno para ninguna de los participantes.

#### **3.6.5. Confidencialidad**

Toda la información obtenida y recopilada en esta investigación será única y exclusivamente utilizada para poder cumplir los objetivos del mismo. Se respeta la identidad de cada paciente, quedando cada historia clínica revisada en anonimato.

#### **3.6.6. Consentimiento**

Por tratarse de un estudio de tipo retrospectivo, en el que se obtendrá la información deseada mediante la revisión de historias clínicas, no se considerará firma de consentimiento informado.

#### 4. RESULTADOS

Se calculó la incidencia de atonía uterina en el Hospital de Apoyo II – Sullana durante los años 2013 – 2014:

$$\text{Tasa de Incidencia} = \frac{\text{Nº de casos de enfermedad que se presentan en una población durante un período de tiempo determinado}}{\text{La suma de todos los individuos que a lo largo de todo el periodo de tiempo están en riesgo}}$$

$$TI = 61/7902 * 1000$$

$$TI = 7.72 \text{ casos}$$

- En conclusión la tasa de incidencia encontrada fue de 7.72 casos por cada 1000 partos.

Tabla I. Incidencia de Hemorragia post parto en pacientes atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

	AÑOS					
	2013		2014		TOTAL	
HPP	N°	%	N°	%	N°	%
Atonía uterina	32	71.11	27	64.29	59	67.82
Retención placentaria y/o restos	6	13.33	6	14.29	12	13.79
Otros	7	15.56	9	21.43	16	18.39
Total	55	100.00	42	100.00	97	100.00

Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICA N° 01. Incidencia de atonía uterina post parto en pacientes atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

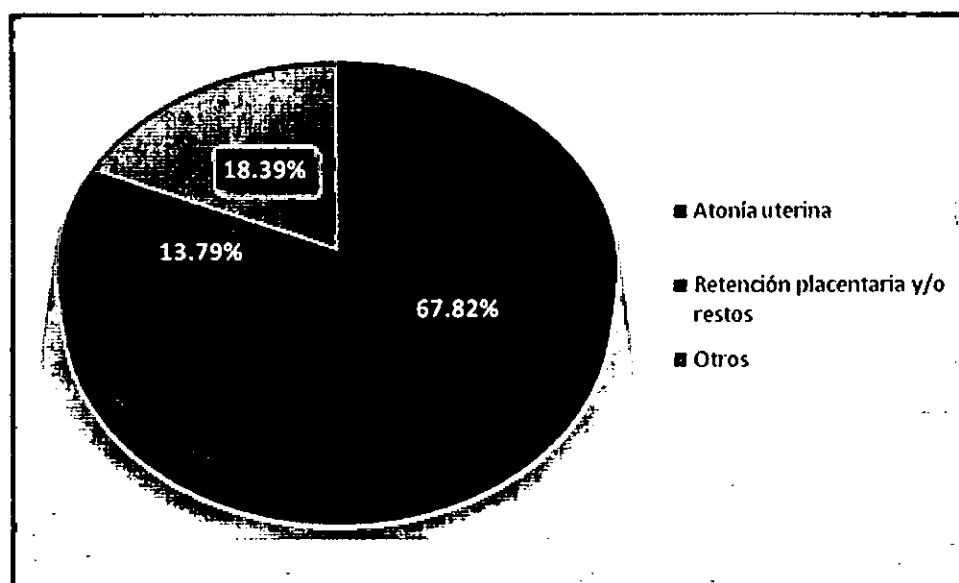




Tabla II. Distribución por grupo etario de pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

EDAD	AÑOS					
	2013		2014		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
<18 años	5	75.00	9	33.33	14	23.73
18 – 34 años	24	15.60	13	48.15	37	62.71
≥35 años	3	9.40	5	18.52	8	13.56
Total	32	100.00	27	100.00	59	100.00

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICA N° 02. Distribución por grupo etario de pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

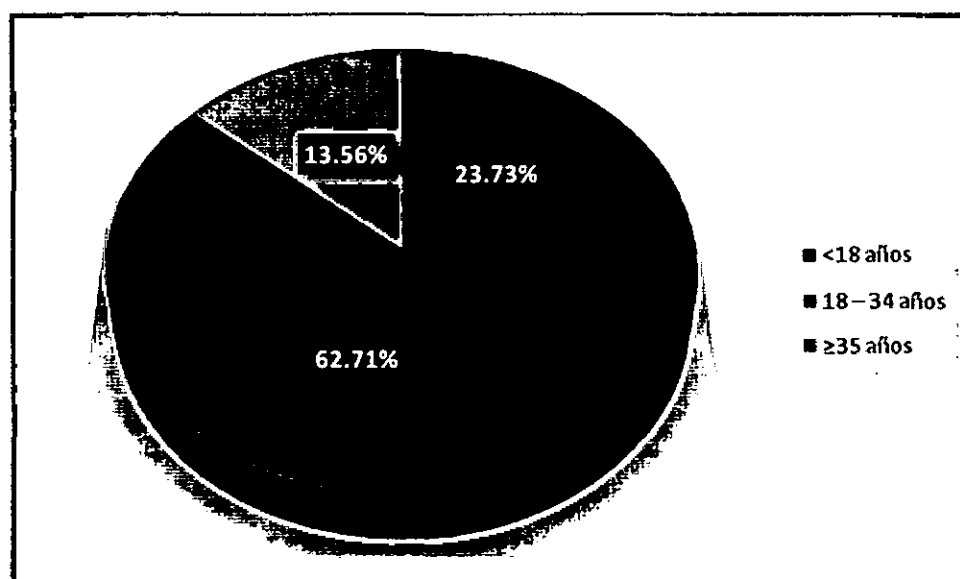


Tabla III. Distribución según el estado civil de pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

ESTADO CIVIL	AÑOS					
	2013		2014		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	2	6.30	6	22.22	8	13.56
Casada	5	15.60	6	22.22	11	18.64
Conviviente	25	78.10	15	55.56	40	67.80
Total	32	100.00	27	100.00	59	100.00

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICA N° 03. Distribución según el estado civil de pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

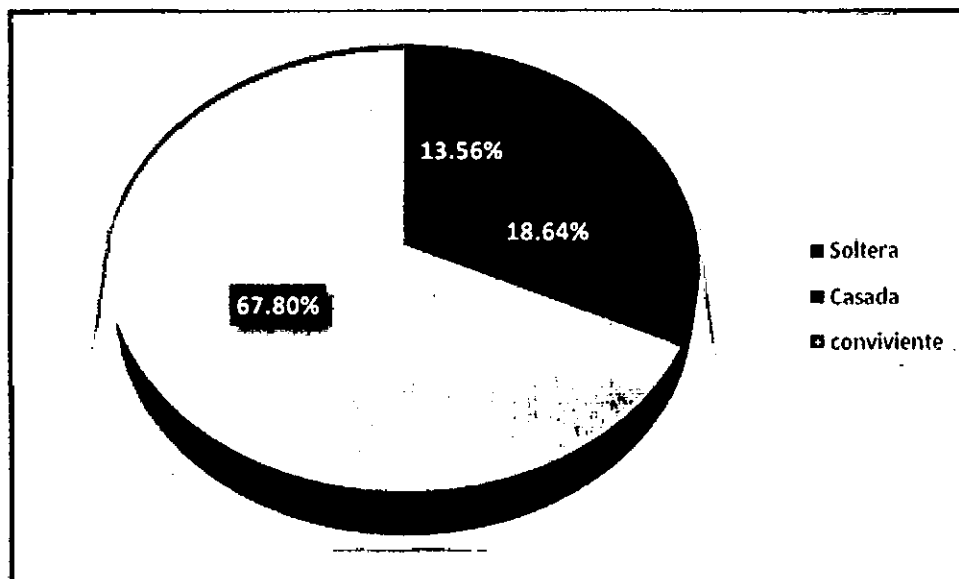


Tabla IV. Distribución por Índice de Masa Corporal de pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

	AÑOS					
	2013		2014		TOTAL	
IMC (kg/m2)	N°	%	N°	%	N°	%
Menor de 18 (desnutrición)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Entre 18 y 25 (normal)	4	12.50	2	7.40	6	10.17
Entre 25 y 30 (sobrepeso)	12	37.50	15	55.56	27	45.76
Mayor de 30 (obesidad)	16	50.00	10	37.04	26	44.07
Total	32	100.00	27	100.00	59	100.00

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICA N° 04. Distribución por Índice de Masa Corporal de pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

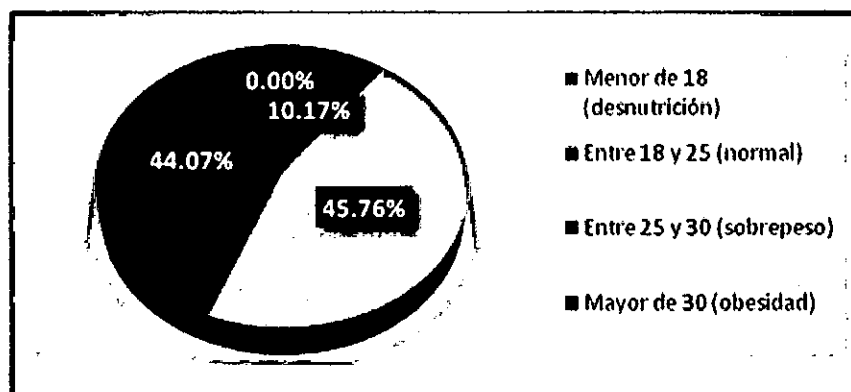


Tabla V. Distribución de acuerdo al número de gestas de pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

GESTA	AÑOS					
	2013		2014		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Primigesta	12	37.50	14	51.85	26	44.07
Bigesta	5	15.63	3	11.11	8	13.56
Trigesta	4	12.50	3	11.11	7	11.86
Multigesta (≥4)	11	34.38	7	25.93	18	30.51
Total	32	100.00	27	100.00	59	100.00

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICA N° 05. Distribución de acuerdo al número de gestas de pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

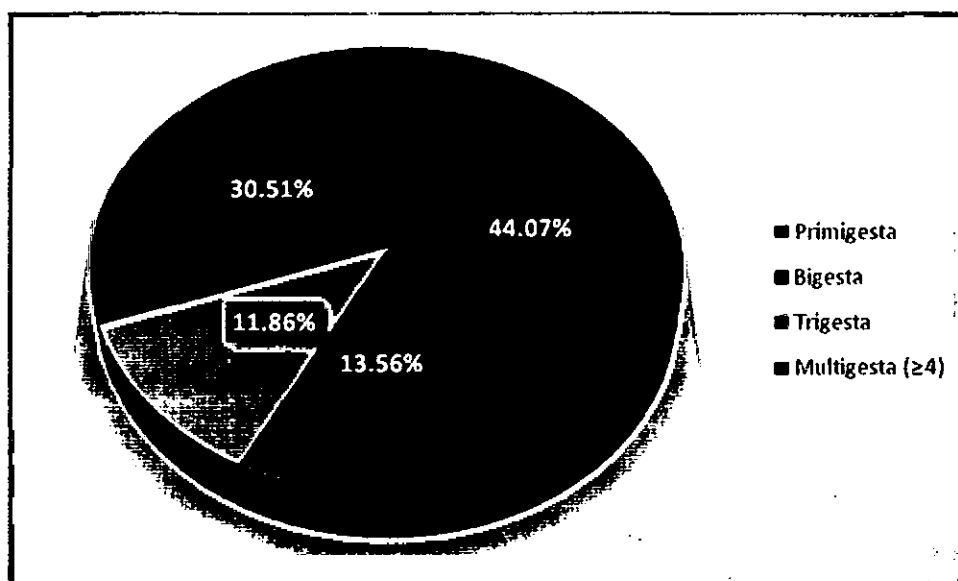


Tabla VI. Distribución según la paridad de pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

	AÑOS					
	2013		2014		TOTAL	
PARIDAD	N°	%	N°	%	N°	%
Nulípara	12	37.50	14	51.85	26	44.07
Primípara	6	18.75	3	11.11	9	15.25
Secundípara	3	9.38	3	11.11	6	10.17
Tercípara o más	11	34.38	7	25.93	18	30.51
Total	32	100.00	27	100.00	59	100.00

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICA N° 06. Distribución según la paridad de pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

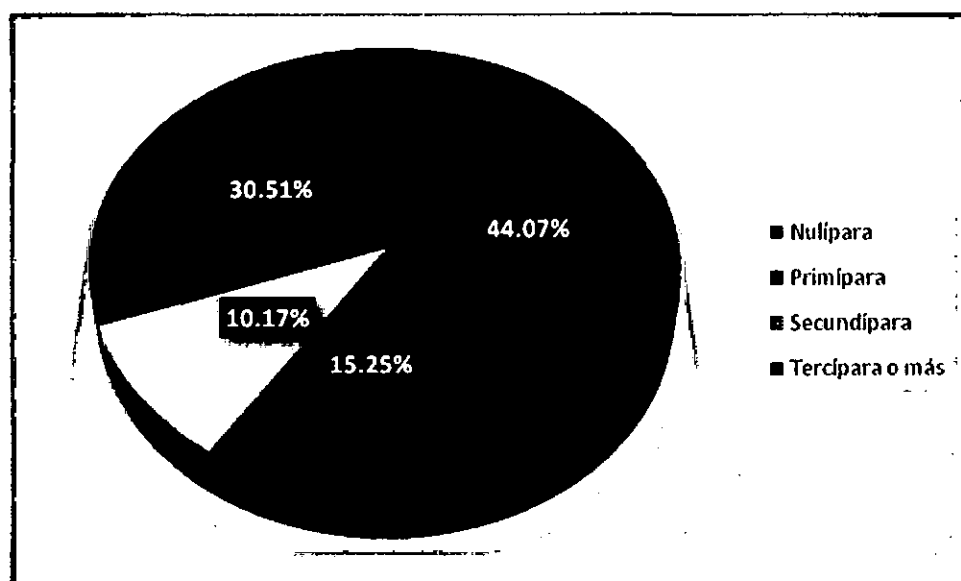


Tabla VII. Distribución de acuerdo a la Edad Gestacional de pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

EDAD GESTACIONAL	AÑOS					
	2013		2014		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<37 semanas	7	21.88	5	18.52	12	20.34
Entre 37 – 42 semanas	25	78.13	22	81.00	47	79.66
> 42 semanas	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	32	100.00	27	100.00	59	100.00

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICA N° 07. Distribución de acuerdo a la Edad Gestacional de pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

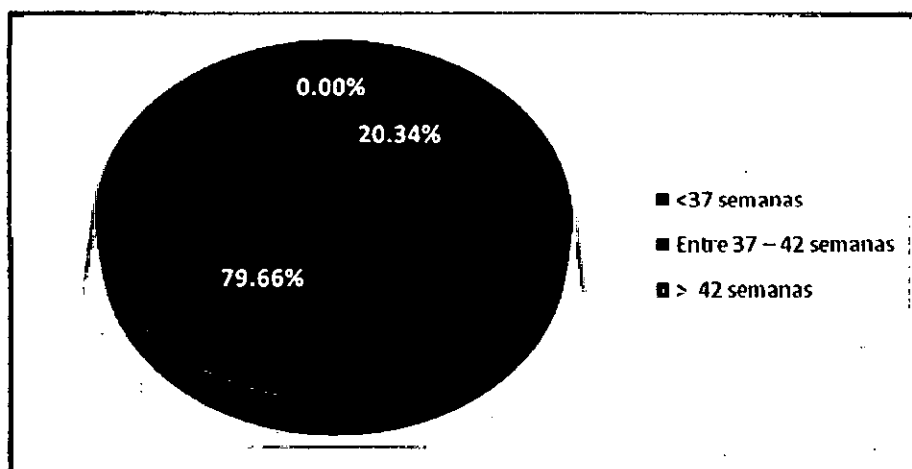


Tabla VIII. Distribución de acuerdo a la presencia de Preeclampsia en pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

PREECLAMPSIA	AÑOS					
	2013		2014		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No	21	65.63	17	62.96	38	64.41
Leve	3	9.38	2	7.41	5	8.47
Severa	8	25.00	8	29.63	16	27.12
Total	32	100.00	27	100.00	59	100.00

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICA N° 08. Distribución de acuerdo a la presencia de Preeclampsia en pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

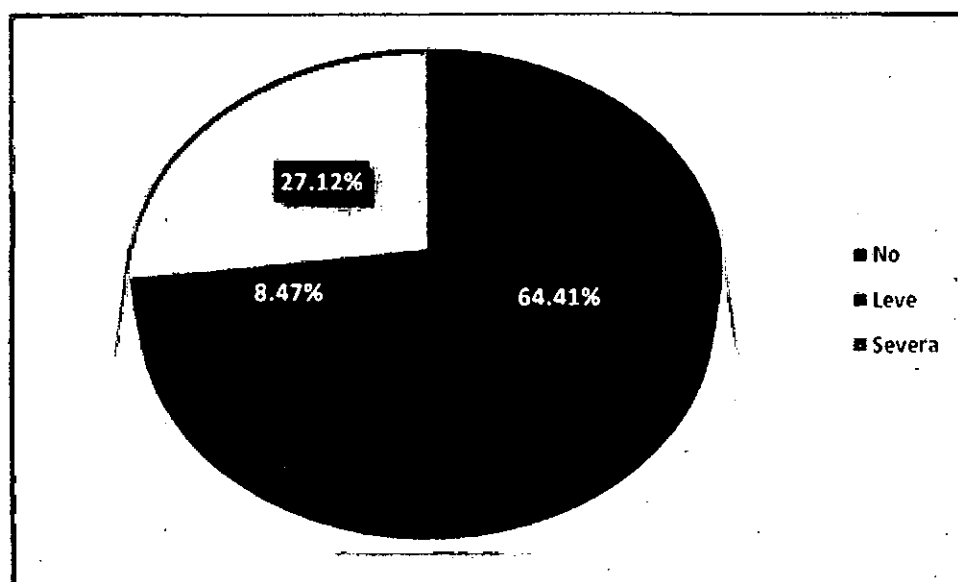


Tabla IX. Distribución de acuerdo a la presencia de Corioamnionitis en pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

CORIOAMNIONITIS	AÑOS					
	2013		2014		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	3	9.38	2	7.41	5	8.47
No	29	90.63	25	92.59	54	91.53
Total	32	100	27	100.00	59	100.00

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICA N° 09. Distribución de acuerdo a la presencia de Corioamnionitis en pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

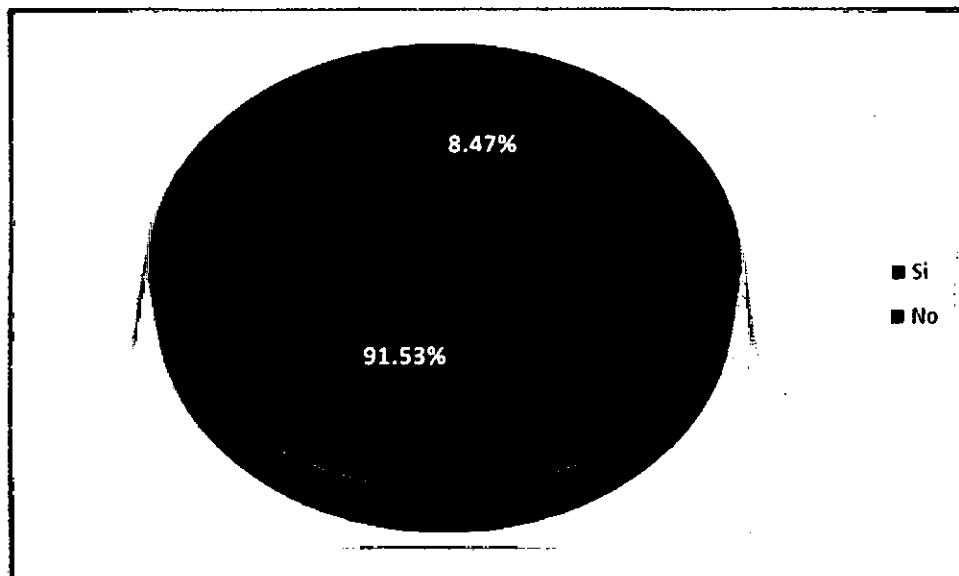




Tabla X. Distribución de acuerdo a la presencia de Embarazo Múltiple en pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

EMBARAZO MÚLTIPLE	AÑOS					
	2013		2014		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	0	0	1	3.71	1	1.69
No	32	100	26	96.29	58	98.31
Total	32	100	27	100	59	100

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICA N° 10. Distribución de acuerdo a la presencia de Embarazo Múltiple en pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

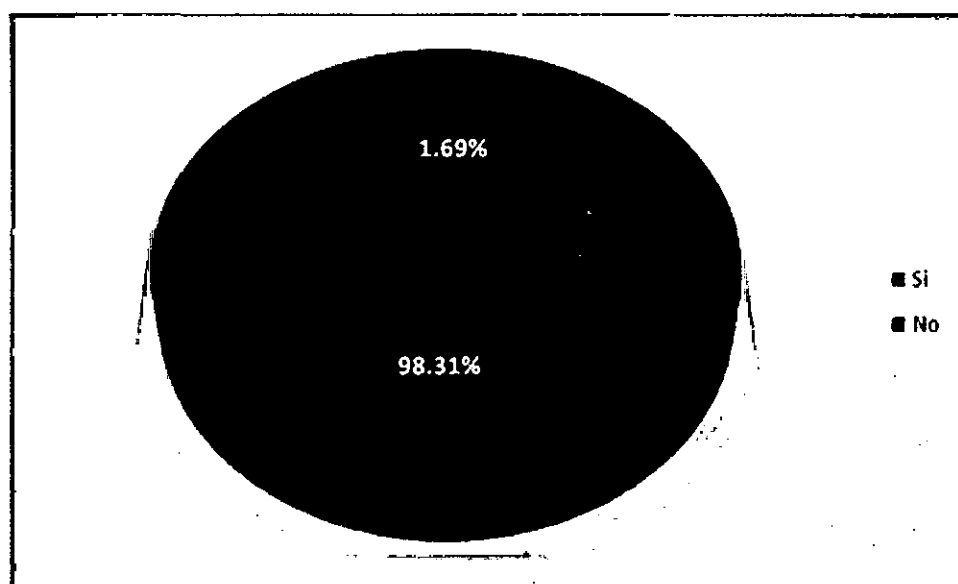


Tabla XI. Distribución de acuerdo a la presencia de Placenta Previa en pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

PLACENTA PREVIA	AÑOS					
	2013		2014		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	2	6.25	1	3.70	3	5.08
No	30	93.75	26	96.30	56	94.92
Total	32	100.00	27	100.00	59	100

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICA N° 11. Distribución de acuerdo a la presencia de Placenta Previa en pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

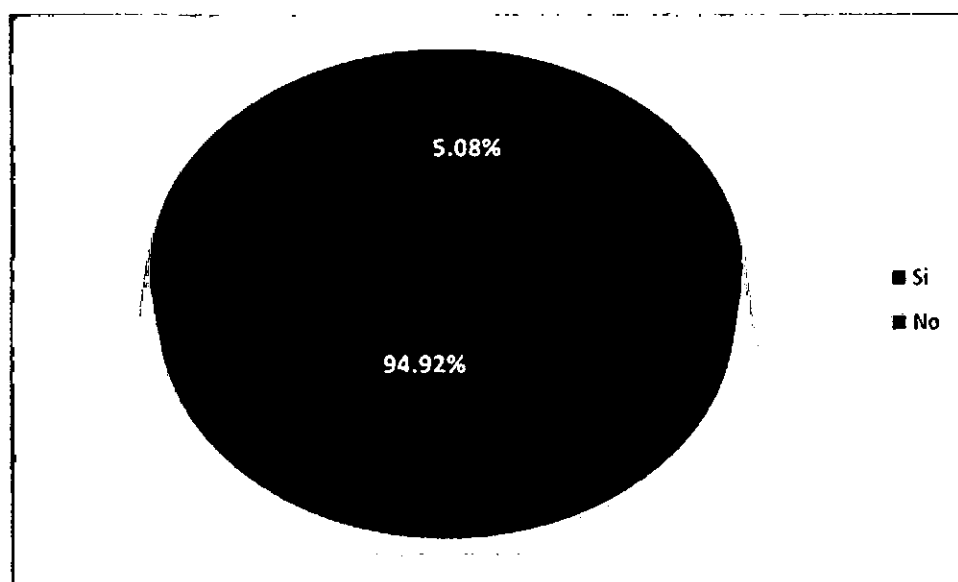


Tabla XII. Distribución de acuerdo a la presencia de DPP en pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

DPP	AÑOS					
	2013		2014		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	6	18.75	4	14.81	10	16.95
No	26	81.25	23	85.19	49	83.05
Total	32	100.00	27	100.00	59	100.00

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICA N° 12. Distribución de acuerdo a la presencia de DPP en pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

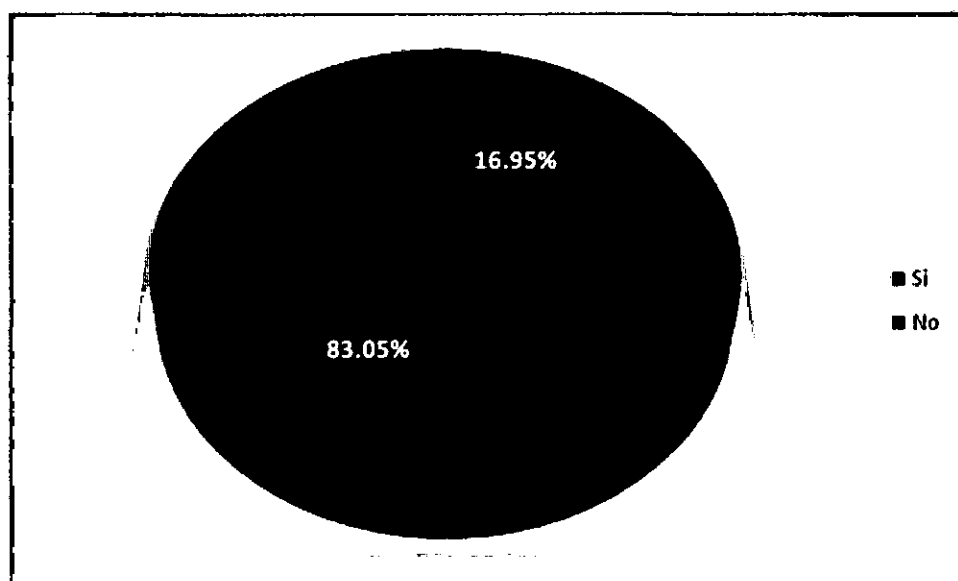


Tabla XIII. Distribución de acuerdo al nivel de Hidramnios en pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

HIDRAMNIOS	AÑOS					
	2013		2014		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Oligohidramnios	4	12.50	3	11.11	7	11.86
Normal	19	59.38	19	70.37	38	64.41
Polihidramnios	9	28.13	5	18.52	14	23.73
Total	32	100.00	27	100.00	59	100.00

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICA N° 13. Distribución de acuerdo al nivel de Hidramnios en pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

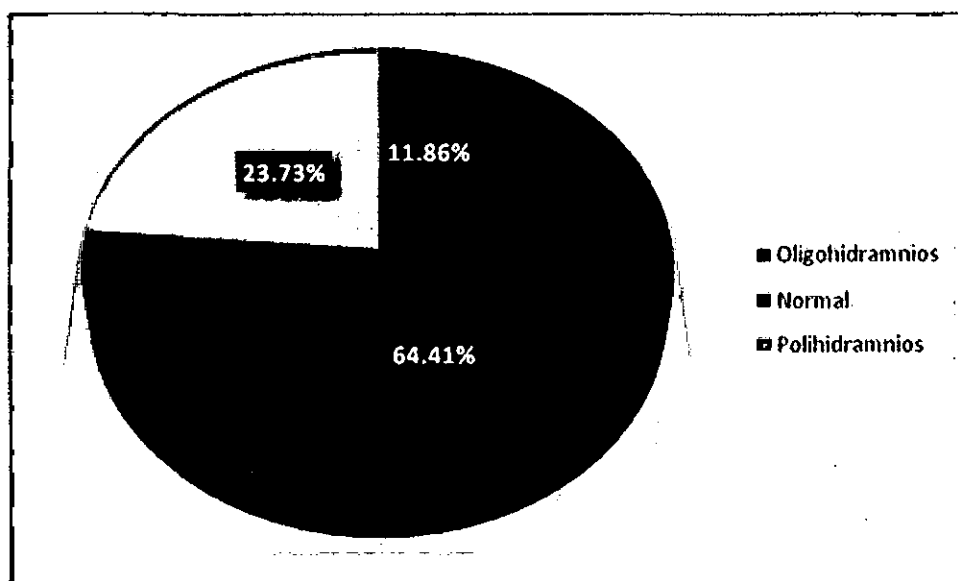


Tabla XIV. Distribución de acuerdo al número de Cesáreas anteriores en pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

CESAREAS ANTERIORES	AÑOS					
	2013		2014		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ninguna	23	71.88	21	77.78	44	74.58
Una	7	21.88	4	14.81	11	18.64
Dos	2	6.24	2	7.41	4	6.78
Tres o más	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	32	100.00	27	100.00	59	100.00

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICA N° 14. Distribución de acuerdo al número de Cesáreas anteriores en pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

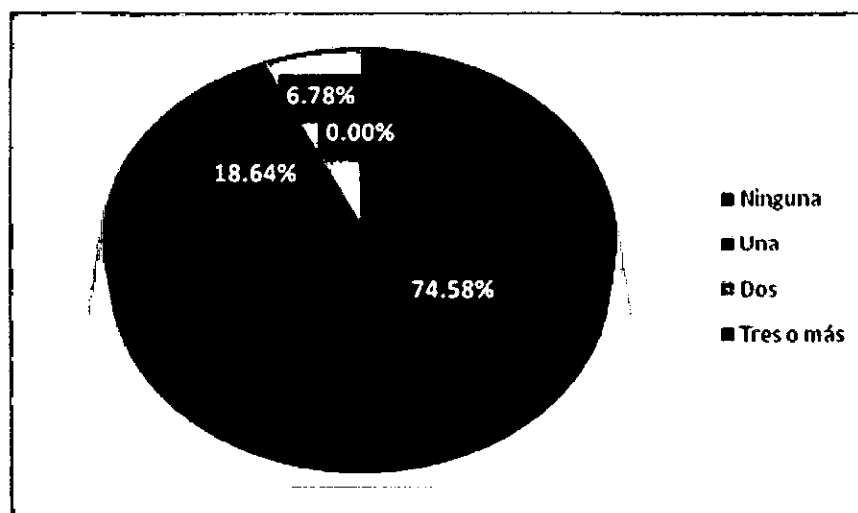


Tabla XIV. Distribución de acuerdo al número de Cesáreas anteriores en pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

CESAREAS ANTERIORES	AÑOS					
	2013		2014		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ninguna	23	71.88	21	77.78	44	74.58
Una	7	21.88	4	14.81	11	18.64
Dos	2	6.24	2	7.41	4	6.78
Tres o más	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	32	100.00	27	100.00	59	100.00

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICA N° 14. Distribución de acuerdo al número de Cesáreas anteriores en pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

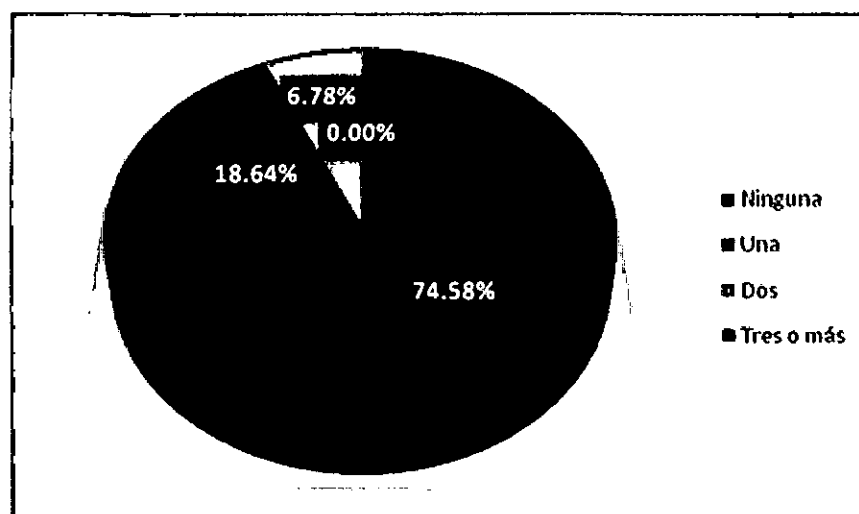


Tabla XV. Distribución de acuerdo al grado de Anemia en pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

ANEMIA	AÑOS					
	2013		2014		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
No	28	87.50	19	70.37	47	79.66
Leve	4	12.50	7	25.93	11	18.64
Moderada	0	0.00	1	3.70	1	1.69
Severa	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	32	100.00	27	100.00	59	100.00

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICA N° 15. Distribución de acuerdo al grado de Anemia en pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

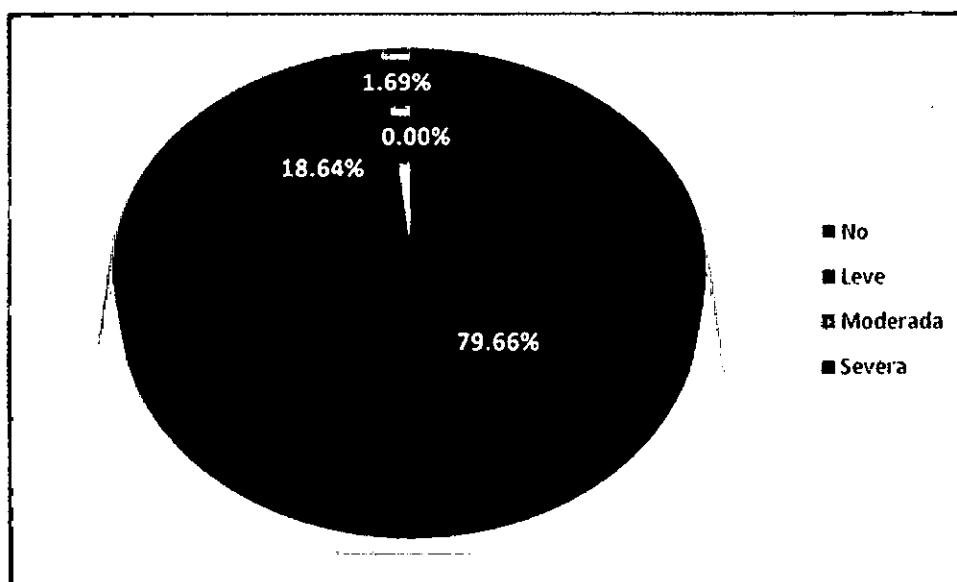


Tabla XVI. Distribución de acuerdo tiempo de Trabajo de Parto en pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

TRABAJO DE PARTO PROLONGADO	AÑOS					
	2013		2014		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	10	31.25	8	29.63	18	30.51
No	22	68.75	19	70.37	41	69.49
Total	32	100.00	27	100.00	59	100.00

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICA N° 16. Distribución de acuerdo tiempo de Trabajo de Parto en pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

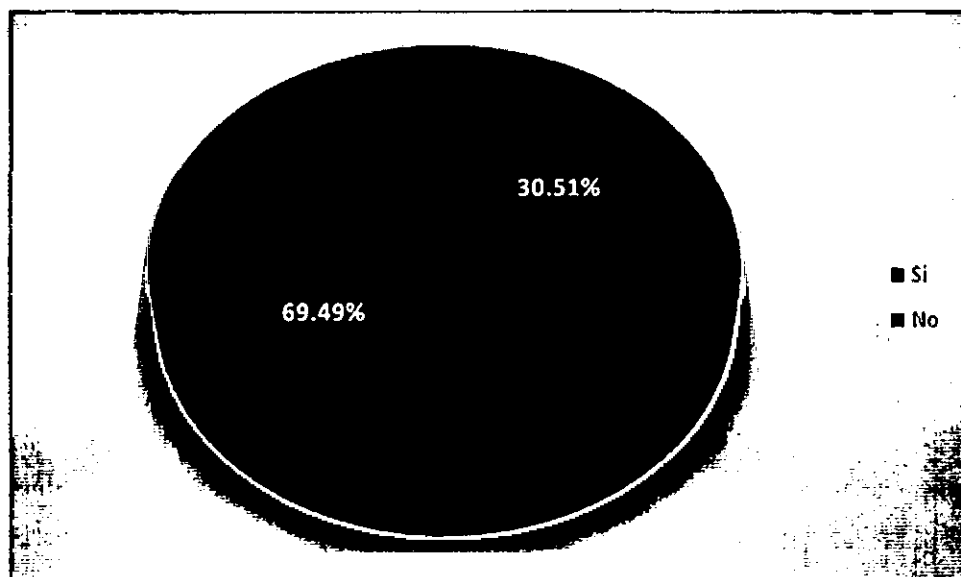




Tabla XVII. Distribución de acuerdo al Peso del Recién Nacido en pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

PESO DE RECIEN NACIDO	AÑOS					
	2013		2014		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Menor de 1500 gr	3	9.38	2	7.41	5	8.47
Entre 1500 y 2500 gr	2	6.25	1	3.70	3	5.08
Entre 2500 y 4000 gr	20	62.50	19	70.37	39	66.10
Mayor de 4000 gr	7	21.88	5	18.52	12	20.34
Total	32	100.00	27	100.00	59	100.00

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICA N° 17. Distribución de acuerdo al Peso del Recién Nacido en pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

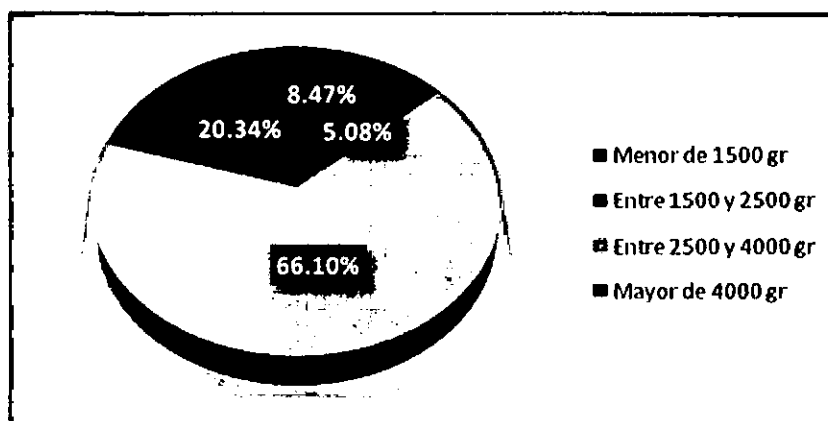


Tabla XVIII. Distribución de acuerdo a la Vía de Parto en pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

VÍA DEL PARTO	AÑOS					
	2013		2014		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Vaginal	9	28.13	8	29.63	17	28.81
Cesárea	23	71.88	19	70.37	42	71.19
Total	32	100	27	100	59	100

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICA N° 18. Distribución de acuerdo a la Vía de Parto en pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

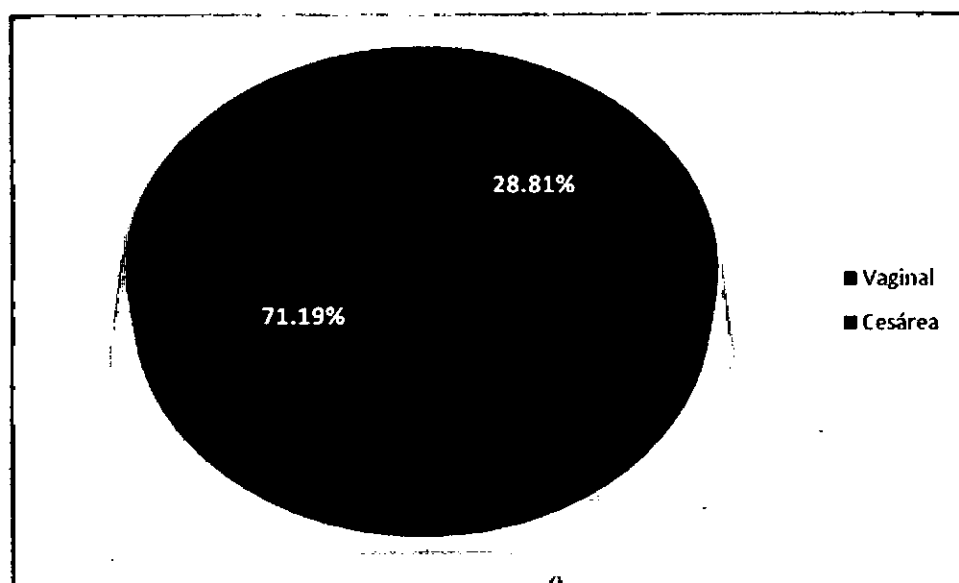
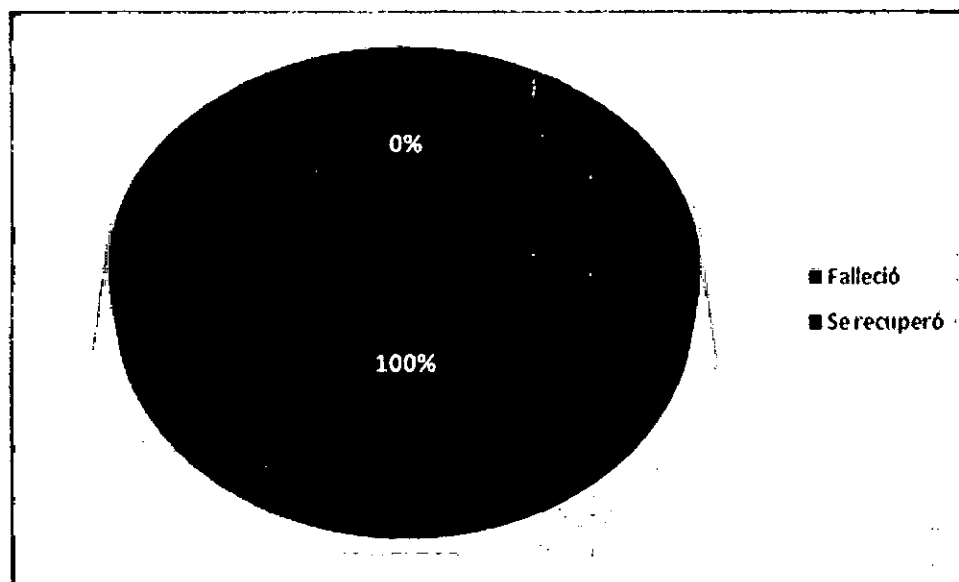


Tabla XIX. Distribución de acuerdo al desenlace materno final de pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.

Desenlace materno de la HPP	AÑOS					
	2013		2014		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Falleció	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Se recuperó	32	100.00	27	100.00	59	100.00
Total	32	100.00	27	100.00	59	100.00

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICA N° 19. Distribución de acuerdo al desenlace materno final de pacientes con atonía uterina post parto atendidas en el Hospital de Apoyo II – Sullana, durante el periodo 2013 – 2014.



## 5. DISCUSIÓN

La Hemorragia Postparto (HPP) se define usualmente como el sangrado del tracto genital de 500 ml o más en las primeras 24 horas en un parto vaginal o de 1,000 ml en la cesárea. También se considera que cualquier pérdida hemática que cause alteración hemodinámica de la paciente debe ser considerada como hemorragia postparto. (11)

Las estadísticas del MINSA para el 2007 muestran que el 27% de las muertes de mujeres se relacionan con el embarazo, el 26% durante el parto; y el 46% durante las seis semanas siguientes al parto. Las cinco principales causas de muertes relacionadas con el embarazo en Perú son: hemorragia (40.5%), preeclampsia (18.9%), infección (6.1%), complicaciones tras un aborto (6.1%) o un parto obstruido (0.9%).

En el año 2009 se publicó en la revista médica alemana: *DeutschesArzteblatt International* un estudio titulado: "Emergencias asociados con el embarazo y parto: periparto Hemorragia", en donde se concluyó que la principal causa de la hemorragia posparto es la atonía uterina (el 75% de los casos), esto ocurre en el 8% de todos los partos. En nuestro estudio se corrobora dicha frecuencia ya que se encontraron un total de 97 casos de Hemorragia Post-Parto, siendo la Atonía Uterina la causa más frecuente con 59 casos (67.82%), en segundo lugar la Retención placentaria y/o restos con 12 casos (13.79%) y otras causas no especificadas con 16 casos (18.39%), durante el periodo de estudio.

En el año 2009 se publicó un estudio observacional, prospectivo, multidisciplinario y descriptivo del parto y puerperio inmediato, que se realizó durante los meses de enero y febrero del año 2005 en el Hospital Ángela I de Llano en la provincia de Corrientes en Argentina, en donde se concluyó que la edad extrema (menor de 18 y mayor de 35 años), como factor de riesgo, se presentaba en un 16%. En nuestro estudio se registra que el grupo etario predominante fue entre los 18 y 34 años de edad (37

casos; 62.71%), seguido por las pacientes menores de 18 años (14 casos; 23.73%), y las mayores o iguales a 35 años (8 casos; 13.56%). Es importante mencionar que en la provincia de Sullana se presenta una alta incidencia de embarazos adolescentes lo que nos lleva a aumentar la probabilidad de que dichas gestaciones culminen por presentar atonía uterina.

En cuanto al estado civil de las pacientes en el presente estudio, se obtuvo como resultado un total de 40 mujeres convivientes (67.80%), 11 mujeres casadas (18.64%) y 8 mujeres solteras (13.56%).

Por otro lado en un estudio realizado el año 2012 en Bogotá se encontró que tanto el síndrome anémico y la obesidad son factores de riesgo para desarrollar hemorragia obstétrica. Actualmente el síndrome anémico, es considerado como un problema de salud pública, con una prevalencia mundial del 41.8%. Además las complicaciones asociadas a los síndromes anémicos durante el embarazo, se relacionan con la severidad de la misma. Además, el sobrepeso y la obesidad, se encuentran directamente relacionados a complicaciones maternas como hipertensión, diabetes, asma, apnea obstructiva del sueño, eventos tromboembólicos, infecciones y hemorragia. A nivel fetal se consideran causa de macrosomía fetal, recién nacidos grandes para la edad gestacional, y distocia de hombros. En dicho estudio se determinó al síndrome anémico y la obesidad, como los únicos factores de riesgo modificables, cuya intervención temprana, oportuna y adecuada durante el control prenatal, podrían generar un alto impacto en la mortalidad y morbilidad materno-perinatal. Los autores destacaron la importancia del IMC como un factor de riesgo de importancia para ubicarse en los grupos de mayor sangrado y distribuyen el riesgo así: IMC mayor a 25, hasta 29.9 con OR de 2.2 (IC 95% 1.1- 4.3), IMC mayor de 30 con OR de 3.4 (IC 95% 1.6 – 7.2), y placenta previa OR de 19.7 (IC95% 5.4-72.2). En nuestro estudio se observó también que el IMC se encontraba elevado en la mayoría de las

pacientes, siendo el de mayor frecuencia entre 25 y 30 kg/m<sup>2</sup> (27 casos, 45.76%), en segundo lugar con mayor de 30 kg/m<sup>2</sup> (26 casos, 44.07%), y en tercer lugar las pacientes entre 18 y 25 kg/m<sup>2</sup> (6 casos, 10.17%). No se encontró ninguna paciente con un IMC menor de 18 kg/m<sup>2</sup>.

De forma aguda ante cualquier hemorragia, las pacientes con valores de hemoglobina en rango patológico, requerirán mayor transfusión de hemocomponentes para tratamiento, motivo por el cual la suplencia de este mineral hace parte fundamental dentro de las estrategias de prevención preparto para hemorragia postparto y trasfusión de hemocomponentes. Estudios recientes, plantean la anemia ferropénica en mujeres sin alguna otra predisposición clínica, con valores de hemoglobina por debajo de 9mg/dl, como causante del aumento en la prevalencia de hemorragia postparto por atonía uterina en los países desarrollados. Se plantea que los bajos valores de hemoglobina (Hb< 9g/dl) se asocian a hipoxia tisular y baja presión de oxígeno, desencadenando una mayor producción de óxido nítrico en el endotelio, lo cual induce la relajación de la musculatura lisa vascular y miometrial, luego de la activación de la guanidilciclase, convirtiéndose en causa de hemorragia postparto por atonía uterina. En nuestro estudio se encontró que 47 pacientes (79.66%) no presentaron anemia, 11 pacientes (18.64%) presentaron anemia leve, 1 paciente (1.69%) anemia moderada. No se encontraron pacientes con anemia severa.

En el año 2009 se publicó un estudio observacional, prospectivo, multidisciplinario y descriptivo del parto y puerperio inmediato en el Hospital Ángela I de Llano en la provincia de Corrientes en Argentina, donde se observó que la frecuencia de factores de riesgo durante el embarazo fue: primigesta 32%, RPM 16%, edad extrema (menor de 18 y mayor de 35 años) 16%, gran múltipara 15% y anemia 14,7%. Con respecto a este punto podemos coincidir con los resultados de acuerdo al número de gestas de nuestro estudio ya que 26 casos fueron primigestas

(44.07%), multigestas 18 casos (30.51%), bigestas 8 casos (13.56%) y en último lugar las pacientes trigestas 7 casos (11.86%). Acorde con estos resultados también se observa la distribución de acuerdo a la paridad, que en nuestro estudio nos revela la mayor frecuencia en las nulíparas con 26 casos (44.07%), seguido de las multíparas con 18 casos (30.51%), las primíparas con 9 casos (15.25%) y las secundíparas con 6 casos (10.17%). Es importante mencionar que a pesar que en el año 2009 se publicó en la Revista de Ginecología y Obstetricia un estudio de cohorte prospectivo en el cual se concluyó como factor protector de atonía uterina a la multiparidad; lo cual no se corrobora en nuestro estudio debido a que el 30.51% de las pacientes con atonía uterina eran multíparas.

En cuanto a la edad gestacional en nuestro estudio se encontró que la mayoría de las pacientes fue un embarazo a término definido entre las 37 y 42 semanas (47 casos; 79.66%), menor de las 37 semanas (12 casos; 20.34%). No se encontró ninguna paciente con edad gestacional mayor de 42 semanas.

También se trató de ver la frecuencia de ciertas patologías en las pacientes con atonía uterina; tales como por ejemplo la preeclampsia, la cual se presentó en 21 casos (35.59%), dentro de las cuales 5 casos (8.47%) fueron diagnosticados como preeclampsia leve y 16 casos (27.12%) como preeclampsia severa, además 38 casos (64.41%) no presentan dicha comorbilidad. Es importante mencionar dicha patología debido a que podría ocasionar algún trastorno de la coagulación que favorezca a la aparición de atonía uterina.

Otra patología que se evaluó fue la corioamnionitis que solo se presentó en 5 casos (8.47%), no siendo muy frecuente dentro de la población en estudio. De la misma manera el embarazo múltiple y la presencia de placenta previa no fue llamativa, presentándose solo en 1 (1.69%) y 3

casos (5.08%) respectivamente. Con una frecuencia mucho mayor fue la presencia de DPP que se diagnosticó en 10 pacientes (16.95%).

En cuanto a pacientes con antecedentes de cesaría, según un estudio ecuatoriano, menciona que el riesgo de sufrir hemorragia post parto (aumenta 10 a 12 veces) ya sea por ruptura uterina o por dehiscencia de la cicatriz lo cual en el 12% de casos conlleva a la realización de histerectomía para procurar salvar la vida de la madre. En este estudio se pudo corroborar que 44 pacientes (74.58%) no presentaron cesáreas anteriores como antecedente, mientras que 11 pacientes (18.64%) presentaron una cesárea anterior y 4 pacientes (6.78%) dos cesáreas anteriores.

Se menciona en múltiples bibliografías a la sobredistensión uterina como causa de atonía. Por eso la presencia de embarazo múltiple, macrosomía fetal, polihidramnios o multiparidad, ocasiona que las fibras musculares se estiren excesivamente hasta un punto en que no son capaces de retraerse con la rapidez ni contraerse con la firmeza suficiente para ocluir los vasos abiertos en forma rápida después del parto. Por tales motivos se evaluó el nivel de hidramnios en las pacientes de nuestro estudio, concluyéndose que 38 casos (64.41%) presentaron un nivel de hidramnios normal, 14 casos (23.73%) polihidramnios y 7 casos (11.86%) oligohidramnios.

En un estudio realizado en 24 unidades de maternidad en dos países de América del Sur: Argentina y Uruguay, se concluyó que la frecuencia de macrosomía fetal en pacientes con atonía uterina es 18,6%. En nuestro estudio se encontró que el 20.34% (12 neonatos) presentaron un peso al nacer mayor de 4000 gr, porcentaje muy similar con los antecedentes citados.

La contracción pobre del miometrio puede resultar de fatiga, debido al trabajo de parto prolongado, especialmente si hay estimulación (inducción



y/o conducción). Es por eso que en nuestro estudio se investigó la presencia de dicha variable, encontrándose que 18 casos (30.51%) presentaron trabajo de parto prolongado, mientras que 41 casos (69.49%) no lo presentaron.

Finalmente se decidió investigar sobre la vía final de parto de las pacientes con atonía uterina, para lo cual se encontró que 42 mujeres (71.19%) culminaron su embarazo por medio de cesárea y 17 (28.81%) por vía vaginal. Es importante mencionar que todas las pacientes que se incluyeron en el presente estudio se recuperaron y fueron dadas de alta.

## **6. CONCLUSIONES**

En el presente trabajo de investigación se encontraron un total de 97 casos de Hemorragia Post-Parto, identificándose un total de 61 pacientes con atonía uterina atendidas en el Hospital de Apoyo II MINSA-Sullana en el periodo 2013 – 2014, de las cuales 02 fueron excluidas del presente estudio por no contar con historias clínicas completas. Por lo tanto se consideró a la Atonía Uterina como la causa más frecuente con 59 casos (67.82%).

La incidencia de Atonía Uterina en el Hospital de Apoyo II MINSA-Sullana, durante el período comprendido entre 2013 - 2014 fue de 7.72 casos por cada 1000 partos.

El grupo etario más frecuente en el cual se presentó Atonía Uterina fue entre los 18 y 34 años de edad (37 casos; 62.71%).

Se encontró que la mayoría de pacientes presenta un IMC mayor de 25 kg/m<sup>2</sup>. Identificándose 27 pacientes con sobrepeso (45.76%), y un total de 26 pacientes con obesidad (44.07%).

Además se concluye que del total de pacientes, 26 de ellas fueron primigestas (44.07%) y 18 multigestas (30.51%).

En relación a la paridad se concluye que 26 pacientes fueron nulíparas (44.07%), seguido de las múltiparas con 18 casos (30.51%).

Con respecto a la presencia de Preeclampsia, se encontró que un total de 21 casos (35.59%) si la presentaban, dentro de las cuales 5 casos (8.47%) fueron diagnosticados como preeclampsia leve y 16 casos (27.12%) como preeclampsia severa.

Se observó que del total de pacientes en estudio 38 casos (64.41%) presentaron un nivel de hidramnios normal, 14 casos (23.73%) polihidramnios y 7 casos (11.86%) oligohidramnios.

En relación a la variable de cesáreas anteriores se pudo verificar que 44 pacientes (74.58%) no la presentaron como antecedente, mientras que 11 pacientes (18.64%) presentaron una cesárea anterior y 4 pacientes (6.78%) dos cesáreas anteriores.

Con respecto a la macrosomía fetal se pudo identificar que 12 neonatos (20.34%) presentaron un peso mayor de 4000 gr.

La mayoría de las pacientes culminaron su gestación mediante cesárea, es decir un total de 42 pacientes (71.19%).

Ninguna paciente con el diagnóstico de Atonía Uterina atendida en el Hospital de Apoyo II MINSA-Sullana, falleció.

## **7. RECOMENDACIONES**

- Realizar una completa y correcta Historia Clínica de cada paciente que ingresa al servicio de Ginecología y Obstetricia, para de esta forma contar con datos confiables, los mismos que servirán para todo tipo de estudios, así como para obtener una aceptable confiabilidad y sensibilidad.
- Se debe considerar los factores de riesgo y las principales causas de hemorragia postparto presentada durante este estudio para de esta manera disminuir las complicaciones y la incidencia de esta patología en el Hospital de Apoyo II MINSA-Sullana.
- Evaluar los niveles de hemoglobina antes del parto y, si es posible y necesario, debemos corregir estos niveles antes del nacimiento.
- Mejorar la calidad de la anamnesis para detectar las pacientes de alto riesgo de sufrir hemorragia postparto e incrementar en cantidad y calidad la atención prenatal.
- Evaluar los signos vitales de la paciente, tanto en el momento de la atención del parto, así como después de haber terminado

el procedimiento. Ello le permitirá al operador tener una idea general de su estado y analizar con frialdad la cuantía de sangre perdida.

- Efectuar una valoración psicológica a todas las pacientes que han presentado hemorragia post parto, debido a las repercusiones que esta patología puede llegar a desencadenar en un próximo embarazo.
- Reforzar programas de educación para la salud y orientación a las futuras madres y gestantes sobre la eventualidad de una emergencia durante el parto y sus posibles complicaciones. Se les debe aconsejar para que se atiendan en algún establecimiento de salud que pueda ofrecerles cuidados para prevenir una HPP. Tanto los miembros de la familia como los de la comunidad deben estar informados sobre los principales signos de peligro, entre los que se incluye todo sangrado que se presente durante el embarazo.

## 8. BIBLIOGRAFIA

1. Al-Zirqi I, Vangen S, Forsen L, Stray-Pedersen B. "Hemorragia obstétrica grave: prevalencia y factores de riesgo de la hemorragia obstétrica grave". BJOG 2008; 115:1265–1272.
2. Franz Kainer, UweHasbargen. "Emergencias asociados con el embarazo y parto: periparto Hemorragia". DtschArzteblInt. 09 2008; 105 (37): 629-638.
3. Marina Driessen, Marie-HeleneBouvier-Colle, Corinne Dupont, BabakKhoshnood, René-Charles Rudigoz, y Catalina Deneux-Tharaux. "La hemorragia posparto como resultado de la atonía uterina después del parto vaginal: factores asociados con la gravedad". ObstetGynecol. 01 2011; 117 (1): 21-31.
4. Claudio G. Sosa, Fernando Althabe, José M. Belizán, y Pierre Buekens. "Factores de riesgo para la hemorragia postparto en los partos vaginales en una población latinoamericana". ObstetGynecol. 06 2009; 113 (6): 1313-19.
5. Rivero, Mabel I. - Avanza, María J. - Alegre, María C. - Feu, María C. - Valsecia, Mabel - Schaab, Andrea - Figueras, Albert. "Hemorragia Postparto" Universidad Nacional del Nordeste - Argentina 2005. M – 106.

6. Jorge Benigno Palomo Tercero. "Incidencia de la Hemorragia Postparto por Atonía Uterina en el Hospital Regional de Escuintla en el año 2011". Tesis Universidad San Carlos - Guatemala 2014.
7. Jorge Benigno Palomo Tercero. "Incidencia de la Hemorragia Postparto por Atonía Uterina en el Hospital Regional de Escuintla en el año 2011". Tesis Universidad San Carlos - Guatemala 2014.
8. Jorge Benigno Palomo Tercero. "Incidencia de la Hemorragia Postparto por Atonía Uterina en el Hospital Regional de Escuintla en el año 2011". Tesis Universidad San Carlos - Guatemala 2014.
9. PariguanaLopez Jenny M., Santos YauricazaYessica. "Factores de riesgo de la hemorragia post parto inmediato: estudio caso-control en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Collique, durante el período de abril - octubre del 2003". Tesis UNMSM – Perú 2003.
10. Paula Angélica Altamirano Girano. "Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009". Tesis Universidad Ricardo Palma - Perú 2012.
11. Canchila C, Laguna H, Paternina A, Arango A, De la barrera A. Prevención de la hemorragia postparto. Universidad de Cartagena, Facultad de Medicina Departamento de Ginecología & Obstetricia, Cartagena Colombia 2009.
12. Gils T, Cunningham Van Dorsten MD. Manejo de la Hemorragia posparto. Editorial panamericana. 2003;( 397-419)

13. Rodríguez Salazar R. Atonía uterina y factores asociados. Biblioteca Central UNMSM 2007.
14. Medina Arias M, Espinosa Montesino A, Vázquez. Administración de Carbetocina y oxitocina a pacientes con riesgo alto de hemorragia obstétrica. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2010; Vol15 (3).
15. Gutiérrez Hernández S, Pedroso Espino A. Hemorragias en obstetricia. Acta Médica del Centro Hospital Villa Clara Cuba 2010; Vol 4, No2.
16. YinkaOyelese MD, Scorza W, Mastrolia R. Hemorragia posparto. ObstetGynecol. 2007; 34(421-441).
17. Cerda M. Manejo activo del tercer periodo del parto versus manejo expectante del mismo en mujeres atendidas en el servicio de labor y parto del HEODRA entre septiembre del 2002 y enero 2003.
18. Walley ET. A doubleblind placebo controlled randomized trial of misoprostol and oxytocin in the management of the third stage of labour. Br. Jour Obs & Gym 2000; Vol 107 (1111-1115).
19. Gülmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandinas para la prevención de la hemorragia posparto. Biblioteca Cochrane Plus 2013; N0 3(1745-9990).



## 9. ANEXOS

### ANEXO N° 01: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**AÑO DE ATENCIÓN:**

**N° DE HISTORIA CLÍNICA:**

**NOMBRE DE LA PACIENTE:**

▪ **EDAD:**

▪ **ESTADO CIVIL:**

Soltera ☐

Casada ☐

Conviviente ☐

▪ **PESO (kg):**

▪ **TALLA (mts):**

▪ **IMC (kg/mts<sup>2</sup>):**

Menor de 18 ☐

Entre 18 y 25 ☐

Entre 25 y 30 ☐

Mayor de 30 ☐

▪ **GESTA Y PARA:**

▪ **EDAD GESTACIONAL (semanas):**

Menor de 37 ☐

Entre 37 y 42 ☐

Mayor de 42 ☐

▪ **PREECLAMPSIA:**

No ☐

Leve ☐ vera

☐

▪ **CORIOAMNIONITIS:**

No ☐

Si ☐

▪ **EMBARAZO MULTIPLE:**

No ☐

Si ☐

▪ **PLACENTA PREVIA:**

No ☐

Si ☐

▪ **DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA:**

No ☐

Si ☐

▪ **POLIHIDRAMNIOS:**

No ☐

Leve ☐

Moderado ☐

Severo ☐

▪ **CESÁREAS ANTERIORES:**

Ninguna ☐

Una ☐

Dos ☐

Tres o más ☐

▪ **NIVEL DE HEMOGLOBINA (gr/dl):**

Mayor de 10 g/dl ☐

Entre 10 – 9 g/dl ☐

Entre 7 – 8,9 g/dl ☐

Menor de 7 g/dl ☐

▪ **TRABAJO DE PARTO PROLONGADO:**

No ☐

Si ☐

▪ **PESO DEL RECIEN NACIDO:**

Menor de 1500 gr ☐

Entre 1500 y 2500 gr ☐

Entre 2500 y 4000 gr ☐

Mayor de 4000 gr ☐

▪ **VÍA DEL PARTO:**

Parto vaginal ☐ Parto por cesárea ☐

▪ **DESENLACE MATERNO FINAL:**

Falleció ☐ Se recuperó ☐

ANEXO N 02:

**“AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN”**

Solicito: Acceso a la HC de los pacientes atendidos en el programa del Servicio de Ginecología del Hospital de Apoyo II – Sullana.

Señora:

Dr. Gerásimo ÁlvarezAto

Director del Hospital de Apoyo II – Sullana

Edwin Silva Vilchez, identificado con DNI N° 46523858, estudiante de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Piura con CU 0902008039, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que habiendo realizado mi internado en el Hospital de Apoyo II – Sullana durante el periodo Enero – Diciembre 2014 y siendo requisito de graduación la realización de un proyecto de tesis, recurro a usted con la finalidad de que me sea facilitado el acceso a las historias clínicas de las pacientes con atonía uterina atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Apoyo II – Sullana con la finalidad de poder recabar los datos necesarios para la realización de mi proyecto de tesis titulado “CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – EPIDEMIOLOGICAS DE LAS PACIENTES CON ATONÍA UTERINA ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DEL HOSPITAL DE APOYO SULLANA II-2 DURANTE LOS AÑOS  
2013 - 2014”

Sin otro particular y agradeciendo la atención que le brinde al presente;  
me despido de Usted.

Atentamente,

.....

Edwin Silva Vilchez  
Alumno de la FMH – UNP  
DNI: 46523858

ANEXO N 03: DESCRIPCIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.




Variable	Definición	Tipo de Variable	Subtipo de Variable	Criterios
<b>Edad</b>	Período de tiempo comprendido desde el nacimiento hasta la fecha de ingreso.	Cuantitativa	Discreta	<18 años 19-34 años > o = 35 años
<b>Estado civil</b>	Relación en que se hallan las personas en el agrupamiento social, respecto a los demás miembros del mismo agrupamiento.	Cualitativa	Nominal	Soltera, casada, conviviente.
<b>Índice de Masa Corporal</b>	Estándar para la evaluación de los riesgos asociados con el exceso de peso en adultos.	Cuantitativa	Continua	Menor de 18 (desnutrición) Entre 18 y 25 (normal) Entre 25 y 30 (sobrepeso) Mayor de 30 (obesidad)
<b>Gesta</b>	Número de embarazos previos.	Cuantitativa	Discreta	Primigesta Bigesta Trigesta Multigesta(≥4)

<b>Paridad</b>	Número de partos previos.			Nulípara Primípara Secundípara Tercípara o más
<b>Edad gestacional</b>	Semanas contabilizadas desde la última fecha de menstruación hasta el momento del parto.	Cuantitativa	Discreta	Menor de 37 semanas. Entre 37 y 42 semanas. Mayor de 42 semanas.
<b>Preeclampsia</b>	Incremento de la presión arterial acompañada de edema, proteinuria o ambas que ocurre después de la 20a semana de gestación.	Cualitativa	Nominal	No presento Si presento <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leve</li> <li>▪ Severa</li> </ul>
<b>Corioamnionitis</b>	Inflamación aguda de las membranas placentarias (amnios y corion), de origen infeccioso que se acompaña de la infección del contenido amniótico, esto es, feto, cordón y líquido amniótico.	Cualitativa	Nominal	Si No

<b>Embarazo múltiple</b>	Desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos.	Cualitativa	Nominal	Si No
<b>Placenta previa</b>	Implantación placentaria a nivel del segmento uterino y que, en ocasiones, cubre el OCI parcial o totalmente.	Cualitativa	Nominal	Si No
<b>Desprendimiento prematuro de placenta</b>	Separación parcial o total de la placenta de su inserción decidual en el fondo uterino, previa al nacimiento del feto.	Cualitativa	Nominal	Si No
<b>Hidramnios</b>	Nivel de líquido amniótico alrededor del feto antes de que este nazca.	cualitativa	Ordinal	Oligohidramnios Normal Polihidramnios
<b>Cesáreas anteriores</b>	Número de cesáreas realizadas antes del parto actual.	Cuantitativa	Discreta	Ninguna Una Dos Igual o mayor a tres
<b>Anemia</b>	Concentración baja de hemoglobina en la sangre.	Cuantitativa	Continua	Leve (Hgb entre 10 – 9 g/dl) Moderada (Hgb entre 7 – 8,9





				g/dl) Severa (menor de 7 g/dl)
<b>Trabajo de parto prolongado</b>	Detención del trabajo de parto luego de la presentación de contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin progresión del feto, prolongados por encima de 12 horas.	Cualitativa	Nominal	 Si No
<b>Peso del recién nacido</b>	Medida de la fuerza gravitatoria ejercida sobre el recién nacido.	Cualitativa	Discreta	Menor de 1500 gr Entre 1500 y 2500 gr Entre 2500 y 4000 gr Mayor de 4000 gr
<b>Vía del parto</b>	Forma de culminación del parto.	Cuantitativa	nominal	Parto vaginal Parto por cesárea
<b>Desenlace materno de la HPP</b>	Si la paciente falleció o se recuperó.	Cuantitativa	nominal	Falleció Se recupero